

survey demonstrated that preserving gastric bypass is the save and efficient procedure boath in case of unresectable cancer of the pancreatic head and in severe duodenal injuries.

Bibliografie selectivă

1. Falconi M, Hilal MA, Salvia R, Sartori N, Bassi C, Pederzoli P., *Prophylactic pylorus-preserving gastric transposition in unresectable carcinoma of the pancreatic head*. Am J Surg 2004, 187:564-566.
2. Konishi M, Ryu M, Kinoshita T, Kawano N, Tanizaki H, Cho A., *Stomach-Preserving Gastric Bypass for Unresectable Pancreatic Cancer*. Surg Today, Jpn J Surg, 1997, 27:429-433.
3. Lucas CE, Ledgerwood AM, Saxe JM, Bender JS, Lucas WF., *Antrectomy – a seif effective bypass for unresectable pancreatic cancer*. Arch Surg 1994, 129: 795-799.
4. Sarr MG, Cameron JL., *Surgical management of unresectable carcinoma of the pancreas* Surgery 1983, 91:123-133.
5. Singh SM, Longmire WR Jr, Reber HA, *Surgical palliation for pancreatic cancer: the UCLA experience*. Ann Surg 1990, 212:132-139.
6. Neuberger TJ, Wade TP, Swope TJ, Virgo KS, Johnson FE., *Palliative operations for pancreatic cancer in the hospitals of the U.S. Department of Veterans Affrairs from 1987 to 1991*. Am J Surg 1993, 166:632-637.
7. Wade TP, Neuberger TJ, Swope TJ, Virgo KS, Johnson FE., *Pancreatic cancer palliation: Using tumor stage to select appropriate operation*. Am J Surg. 1994, 167:208-213.
8. Weaver DW, Wiencek RG, Bouwman DL, Walt AJ., *Gastrojejunostomy: is it helpful for patients with pancreatic cancer?* Surgery 1987, 102:608-613.

DIAGNOSTICUL IMAGISTIC ȘI TRATAMENTUL MINIINVAZIV AL OBSTRUCȚIILOR CĂILOR BILIARE

V. Istrate, O. Șendrea, A. Cibotaru, dr. în medicină,
IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail”

Obstrucția tractului biliar reprezintă o afecțiune importantă și frecventă, care, de obicei, solicită o rezolvare chirurgicală. Obstrucțiile biliare se pot prezenta sub diferite aspecte clinice, dintre care cel mai evident este icterul mecanic, care poate fi cauzat de o serie de afecțiuni precum litiaza biliară, stricturi benigne sau maligne ale căilor biliare, corpi străini, leziuni iatrogene etc.

Caracterul obstructiv al icterului mecanic determină o mortalitate de 6,3-30%, iar mortalitatea postoperatorie este de 15-30%, cauzată de diagnosticarea și terapia întârziată a complicațiilor. (V. Țurcanu și coautor, a. 2000).

Scopul studiului. În contextul celor expuse, scopul cercetărilor a fost aprecierea valorii diferitor metode imagistice în diagnosticul și tratamentul obstrucțiilor căilor biliare: ecografia (EG), colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CPGRE), computer tomografia (CT), colangiografia percutană transhepatică (CPT), în elaborarea tacticii chirurgicale (miniinvazive sau radicale) de rezolvarea icterului mecanic.

Materiale și metode. Au fost analizate retrospectiv de pacienți, care au beneficiat de investigații imagistice și de tratament pentru rezolvarea icterului mecanic în perioada a.a. 1995-2006. La toți pacienții s-a efectuat ecografia (EG) zonei hepatopancreatoduodenale (HPD) și colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CPGRE).

Pentru depistarea concremențelor în căile biliare este necesar de respectat următorul postulat - cu cât căile biliare sunt mai dilatate și concremențele mai mici, cu atât substanța de contrast trebuie să fie de o concentrație mai diminuată (de la 30% - 15% - 8%). O concentrație de 35%-acoperă concremențele de dimensiuni mici în căile biliare pronunțat dilatate.

În caz de bloc „superior” al coledocului bolnavii au fost examenați polipozițional (lateropозиție pe stânga). Colangiografia transparietohepatică ecoghidată a fost folosită (13 pacienți) după CPGRE și CT neinformative.

Rezultate și discuții. Lucrarea reprezintă un studiu clinic privind investigațiile și tratamentul miniinvaziv al obstrucțiilor căilor biliare, în urma cărora au fost depistate și tratate următoarele stări patologice:

- Papilite stenozante primare cu dilatarea suprastenotică a căilor biliare – 48 de pacienți.
- Calculi ai căilor biliare principale cu complicații – 222 de pacienți.
- Procese maligne – 49 de pacienți.

Contrastarea nemijlocită a arborelui biliar prin CPGRE a făcut posibilă detalizarea clară a nivelului, caracterului lungimii structurii tumorale și numărul calculilor.

Performanțele diagnostice ale APGRE sunt posibilitatea efectuării la pacienții icterici, eventual cu dereglarea funcției ficatului, fiind completată cu manopere endoscopice, precum sfincterectomia endoscopică (STE), litextrația calculilor cu plasa Dormia, litotripsia intraductală, drenarea suprastenotică nazobiliară tip Bayli preoperatorie, stentarea endoscopică a zonei de structură în perioada preoperatorie sau definitivă prin aplicarea de stenturi metalice autoexpandabile.

După stabilirea diagnosticului litiaza biliară cu stenoza secundară la 222 de pacienți, s-a recurs la sfincterotomie endoscopică (STE) cu litextrația endoscopică, iar în cazul calculilor mari la litotripsie intraductală. La 48 de pacienți litextrația a fost imposibilă și s-a recurs la drenarea suprastenotică nazobiliară tip Bayli. STE a permis lichidarea obstrucției biliare și vindecarea completă a afecțiunii în majoritatea cazurilor (64.5%), temporară (25.2%), ineficientă (10.3%).

În obstrucțiile biliare maligne CPGRE permite aprecierea nivelului obstrucției și a volumului intervenției chirurgicale radicale sau paleative (prin stentarea zonei de structură cu restabilirea drenajului bilei).

În cazurile cu icter obstructiv sever distal neoplazic (36 de pacienți) cu scop de pregătire preoperatorie s-a recurs la drenarea suprastenotică nazobiliară Hp Bayli, ceea ce a permis cuparea sindromului icteric pentru intervenție chirurgicală radicală.

În cazurile cu ocluzii biliare maligne (înalte) la nivelul hilului hepatic (13 pacienți) diagnosticul a fost stabilit prin colangiografia transparietohepatică ecoghidată, cea ce a făcut posibilă vizualizarea arborelui biliar intrahepatic și decompresia suprastenotică preoperatorie a căilor biliare și colangiografia transpapilară retrogradă endoscopică pentru a clarifica extinderea tumorii, ce corespunde datelor literaturii de specialitate [2].

Diagnosticul clinic radiologic de tumoare malignă hepatobiliară (49 de cazuri) a fost confirmat în timpul intervenției chirurgicale cu examinarea histologică ulterioară a preparatelor.

Concluzii

Noile tehnologii de explorare și abordare chirurgicală a arborelui biliar au dus la schimbarea concepțiilor chirurgicale clasice în soluționarea obstrucțiilor biliare benigne, grație folosirii tratamentului miniinvaziv.

Bibliografie selectivă

1. V. Țurcanu, D. Ceahlău, A. Nagacevschi, A. Ghereg, A. Țurcanu, „*Ecografia în diagnosticul icterului mecanic*”, a. 2000. Materialele primului congres al imagiștilor și radioterapeuților din RM.
2. Л. Е. Кевеш, Н. А. Пострелов, *Чрезкожная чрезпеченочная холангиография тонкой иглой*, a. 1983, N 5. Вестник рентгенологии и радиологии. Москва – Медицина.

Rezumat

Noile tehnologii de explorare și abordare chirurgicală a arborelui biliar au dus la schimbarea concepțiilor chirurgicale clasice în soluționarea obstrucțiilor biliare benigne, grație folosirii tratamentului miniinvaziv.

Summary

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography enables physician to diagnose problems in the liver, gallbladder, bile ducts and pancreas.

The aim of the study was to analyse the diagnostic and therapeutic effectiveness of ERCP in 319 patients with obstruction of the biliary tree, selected during ultrasound examination and computed tomography. In 222 patients with benign obstruction of ampulla Vater was performed ERCP and sphincterotomy with extraction of the stone. The obstruction was solved completely or partially in 89.6% cases.

The succes of ERCP, their impact on cost in preliminary studies have suggested that the ERCP is a substantial method pf miniinvazive benign bile ducts obstruction.

DIAGNOSTICUL ECOGRAFIC AL INFECȚIILOR HEPATICE FOCAL

Liubovi Tataru¹, medic, **Vasile Popov¹**, medic, **Vasile Bairac²**, dr.h. în medicină, prof.univ., **Gheorghe Antohi³**, medic, **Constantin Chirov³**, medic, Î.I.C.C.D. “Drăgălina Popov”, Cahul¹, Institutul Oncologic din Moldova, Spitalul raional Cahul³

În categoria de infecții hepatice focale intră o serie de afecțiuni caracterizate prin apariția de germeni bacterieni, mociotici sau parazitari la nivelul ficatului.

Chistul hidatic hepatic este o afecțiune parazitară provocată de către doi agenți patogeni: *Echinococcus granulosus* și *Echinococcus multilocularis*.

Echinococcus granulosus este un parazit vehicular caracteristic animalelor, în special câinilor. La om, germenul străbate mucoasa intestinală și ajunge prin intermediul fluxului sangvin portal la nivelul ficatului, unde se contopează în circa 2/3 din cazuri. Anatomic chistul hidatic reprezintă o formațiune tumorală, cu volum variabil, delimitată de o membrană groasă, inserată la nivelul lobului drept hepatic. Conținutul lichidian amestecat cu vezicule fiice, având o structură similară cu tumora-mamă, la fel conținând sediment, format din extremitățile larvelor. În jurul chistului se formează o membrană, denumită perichist, ce aparține ficatului și care este rezultatul unei reacții de granulație. Evoluția chistului hidatic este îndelungată, acesta devenind simptomatic, numai când dimensiunile sunt foarte mari sau când se sparge în structurile învecinate. Uneori evoluția se poate opri spontan, prin ”moartea” chistului, fiind urmată de calcifierea pereților și ”organizarea” solidă a acestuia.

Adesea este descoperit întâmplător prin ecografie sau în urma unui consult clinic, care se evidențiază prin hepatomegalie izolată, nedureroasă.

Există o reacție directă între aspectul ecografic al chistului hidatic și stadiul său de dezvoltare. În faza cea mai simplă chistul hidatic este unic sau polilacunar, relativ voluminos (peste 4-5 cm), având un conținut curat, transsonic sau un sediment ce corespunde nisipului hidatic. În această fază elementul major de diagnostic îl reprezintă dimensiunea mare a acestuia. În interiorul chistului există numeroase structuri ecogene sub formă de membrane precum și veziculele fiice bine delimitate, unice sau multiple. O parte din veziculele fiice se sparg spontan și realizează o magmă de diversă ecogenitate. Conținutul chistului hidatic devine ecogen, simulând o formațiune tumorală solidă. Moartea chistului hidatic apare spontan. Aspectul ecografic este același ca la chistul hidatic calcificat. Este prezentat ca o formațiune tumorală, bine delimitată, rotundă, cu pereții intens ecogeni. Se realizează un intens con de umbră posterior, care uneori nu poate permite diagnosticarea formațiunii chistice.

Abcesul hepatic piogen reprezintă o leziune intrahepatică circumscrișă, unică sau multiplă, mai des situată în lobul hepatic drept, cauzată de către bacterii (*stafilococcus aureus*, *escherichia coli*, *germeni anaerobi*) sau fungi.

Ecografic se depistează doar când acesta depășește mărimile de 20 mm, precum și atunci când există o diferență semnificativă de impendanță acustică față de parenchimul hepatic înconjurător.

Abcesele hepatice multiple, cu aspect miliar, pot fi dificil sau imposibil de evidențiat. Aspectul ecografic este variabil în funcție de stadiul de dezvoltare ale abcesului, precum și de natura acestuia.

În faza inițială, se prezintă ca o ”arie” de parenchim, ceva mai ecigen, slab și neregulat delimitată.

În faza ”matură”, se prezintă ca o ”colecție” relativ bine delimitată. Conținutul este hipoecogen sau transsonic și realizează un efect de întărire acustică posterioară. Poate să conțină elemente ecogene secundare necrozei de parenchim sau uneori poate conține aer. În cantitate mică, aerul din abces apare ca o ”lamă” ecogenă, situată antedeciv, ce produce reverbații distale. În caz de aer abundent, duce la împiedicarea obținerii unei imagini de calitate sau uneori la erori în diagnostic.

Scopul studiului a fost cercetarea semnelor ecografice ale infecțiilor hepatice focale – chistul hidatic; abcesul hepatic).